



สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกประสบภัย โรค Covid-19

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....

เลขสมาชิกที่.....สังกัด.....เบอร์มือถือ.....ซึ่งแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าป่วย

เป็นโรค Covid-19 เข้าใจเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาล.....

ตั้งแต่วันที่.....

ขอรับสวัสดิการ ตามมาตรการช่วยเหลือสมาชิกที่ ติดเชื้อ หรือ เสียชีวิต จาก COVID – 19 ดังนี้

สวัสดิการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ จำนวนเงิน 10,000 บาท

** จ่ายสวัสดิการต่อเมื่อแพทย์รักษาหายแล้ว **

สวัสดิการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ (กรณีเสียชีวิต) จำนวนเงิน 30,000 บาท

** กรณีเสียชีวิต ให้ผู้รับโอนประโยชน์ยื่นคำร้องเพื่อขอรับภายใน 120 วัน นับแต่วันเสียชีวิต **

เอกสารประกอบ

- หนังสือรับรองจากแพทย์/โรงพยาบาล
- สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
- สำเนาทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ

ผู้ขอรับสวัสดิการ

(

)

คำรับรองผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....รับราชการในตำแหน่ง.....ระดับ.....

สังกัด.....เป็นผู้บังคับบัญชาสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงมหาดไทย จำกัด

เลขทะเบียนที่.....ขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารในคำขอรับเงินสวัสดิการเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้บังคับบัญชา

(

)